

Wir freuen uns, Sie als Gast  
zu einer interessanten  
Veranstaltung  
begrüßen zu dürfen.



**Veranstalter:**

SMS service GmbH  
Robert-Koch-Straße 2a • D-66299 Friedrichsthal  
Tel.: +49 6897 7909-0 • Fax: +49 6897 7909-36  
[www.sms-medipool.de](http://www.sms-medipool.de)  
[j.albert@sms-service-gmbh.de](mailto:j.albert@sms-service-gmbh.de)

**Veranstaltungsort:**

SMS service GmbH  
Robert-Koch-Straße 2a • D-66299 Friedrichsthal

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen  
gerne zur Verfügung. Rufen Sie uns  
einfach an.



# EINLADUNG

## Tag der Technik

19. Oktober 2017 • 08:45 bis 16:15 Uhr

SMS service GmbH  
Robert-Koch-Straße 2a • D-66299 Friedrichsthal

# Tag der Technik

Cyber Security im Krankenhaus  
IntelliSpace Perinatal  
Aufbereitung von flexiblen Endoskopen

 SMS service

## Programm:

|                   |  |
|-------------------|--|
| 08:45 - 09:00 Uhr | <b>Begrüßung</b><br><i>Gerhard Blank, Geschäftsführer<br/>SMS service GmbH</i>   |
| 09:00 - 10:30 Uhr | <b>Cyber Security im Krankenhaus</b><br><i>Christian Schülke<br/>Schuelke.net -<br/>internet.security.consulting</i>                             |
| 10:30 - 10:45 Uhr | Pause  |
| 10:45 - 12:00 Uhr | <b>IntelliSpace Perinatal:<br/>elektronische Dokumentation<br/>im Kreissaal und ihre Vorzüge</b><br><i>Thomas Brenner<br/>Philips Healthcare</i> |
| 12:00 - 13:00 Uhr | Pause  |
| 13:00 - 14:30 Uhr | <b>Schadensminimierung bei der<br/>maschinellen Aufbereitung<br/>flexibler Endoskope</b><br><i>Frank Sauer<br/>Fujifilm Europe GmbH</i>          |
| 14:30 - 14:45 Uhr | Pause  |
| 14:45 - 16:15 Uhr | <b>Aufbereitung flexibler<br/>Endoskope aus hygienischer Sicht</b><br><i>Daniela Schröder<br/>Fujifilm Europe GmbH</i>                           |
| 16:15 Uhr         | <b>Diskussion und Verabschiedung</b>   |

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung bis  
spätestens 11.10.2017

per Fax an + 49 6897 7909-36  
oder per Mail an  
[j.albert@sms-service-gmbh.de](mailto:j.albert@sms-service-gmbh.de)

Hiermit melde ich mich/melden wir uns verbindlich an:

\_\_\_\_\_  
Name / Institut / Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Verwaltung

Stempel / Krankenhaus

## Personendaten:

|   |                              |
|---|------------------------------|
| 1 | _____<br>Name, Vorname       |
|   | _____<br>Abteilung           |
|   | _____<br>Position            |
|   | _____<br>Datum, Unterschrift |
| 2 | _____<br>Name, Vorname       |
|   | _____<br>Abteilung           |
|   | _____<br>Position            |
|   | _____<br>Datum, Unterschrift |
| 3 | _____<br>Name, Vorname       |
|   | _____<br>Abteilung           |
|   | _____<br>Position            |
|   | _____<br>Datum, Unterschrift |